

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 96.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CANCERS SECONDAIRES
DU LARYNX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 mars 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand DÉTOURBET

Né le 27 décembre 1885, à Lons-le-Saunier (Jura)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

DES

CANCERS SECONDAIRES

DU LARYNX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 96.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CANCERS SECONDAIRES

DU LARYNX

—♦♦♦—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 mars 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand DÉTOURBET

Né le 27 décembre 1885, à Lons-le-Saunier (Jura)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agré
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOY-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL.	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (EL.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS, Président; M. JABOULAY, Assesseur;
MM. LAROYENNE et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MA CHÈRE FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

A qui je dois l'inspiration de ce sujet et
qui toujours m'a reçu avec bienveillance
dans son service de l'hôpital St-Pothin,
je suis heureux de dédier ce modeste
travail en témoignage de ma gratitude.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est mû par un sentiment tout naturel, que, reportant notre pensée quelques années en arrière, nous avons songé à ceux qui avaient guidé nos premiers pas dans la voie de la médecine. Aussi, est-ce avec un profond plaisir que nous tenons aujourd'hui à leur en exprimer toute notre gratitude.

Nos maîtres, soit à l'Ecole de médecine de Grenoble, soit dans les hôpitaux de cette même ville, ont toujours été pour nous bienveillants et paternels. Tous se sont efforcés, pendant les quelques années d'externat et d'internat que nous avons passées auprès d'eux, de nous initier aux principes de la médecine et de la chirurgie, et d'éveiller en nous l'amour de notre art. A tous, MM. les D^{rs} Berthollet, Girard, Comte, Deschamps, Perriol, Porte, Traversier, Gotteland, Gauthier, Termier, Cibert, Jacquemet, Audan et Roux, nous sommes heureux d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous ne voulons pas oublier en cette circonstance M. le D^r J. Besson, à qui nous devons pour beaucoup d'être entré aujourd'hui dans la voie de la spécialité et nous lui adressons tous nos sincères remerciements. Et qu'enfin,

M. le professeur agrégé Thévenot, qui nous a entouré de toute sa bienveillance et nous a guidé de ses conseils éclairés, reçoive en cette occasion l'hommage respectueux et reconnaissant qui lui est dû.

INTRODUCTION

Schwartz disait : « Les tumeurs malignes envahissent rarement le larynx : le cancer n'aime pas le larynx. » Et ce qui est vrai pour le cancer primitif, nous pouvons le répéter pour les tumeurs secondaires de cet organe. La rareté de ces formes laryngées est en effet caractéristique, et cette rareté n'a d'égale que la complexité des cas signalés.

A ne considérer que l'ensemble des observations rapportées par les divers auteurs, ils semblerait que leur nombre relativement important, est une contradiction formelle à l'opinion que nous émettions. Mais si l'on étudie chacune d'entre elles, en détail, on est vite édifié sur leur valeur absolue.

Dans la majorité, en effet, l'examen histologique de la tumeur fait défaut. Et en l'espèce, cet examen est le point capital. Comment affirmer qu'il s'agit bien là de tumeur maligne, comment porter le diagnostic de localisation secondaire, si l'étude histologique n'a point permis de constater la nature du tissu qui la forme et l'identité des éléments cellulaires de cette tumeur avec ceux du cancer que l'on suppose en avoir été le point de départ ?

La rareté des observations, du moins de celles qui nous offrent une étude réellement complète, explique les discussions et les opinions si contradictoires auxquelles elles ont donné lieu. L'existence même des formes secondaires du cancer au niveau du larynx, admise par certains auteurs comme certaine, comme fort probable par d'autres, a été niée par quelques-uns, Schwartz, Fauvel et Morell-Mackentie en particulier, qui, de toute leur longue pratique, n'en ont jamais observé un seul cas.

Cette opinion n'est plus défendable aujourd'hui : des observations qui ne laissent aucun doute, ont été publiées et nous aurons plus loin l'occasion d'en parler longuement. Elle s'explique, néanmoins, si l'on considère la complexité que comporte l'étude de ces formes secondaires, en l'absence d'un examen histologique, et la difficulté qu'on éprouve à affirmer de façon formelle que le larynx a été le siège de la localisation secondaire, plutôt qu'il n'en a été le point de départ.

Un cas récemment observé par M. le professeur Lannois, dans son service de l'hôpital Saint-Pothin, et qui fait l'objet d'une communication de cet auteur en collaboration avec son interne M. Moncharmont, nous a fourni une occasion de constater, de façon indubitable, l'existence d'une localisation secondaire maligne au niveau du larynx.

Nous rapprocherons de ce cas, complet à tous points de vue, surtout en ce qui concerne l'examen histologique, les observations plutôt rares, disions-nous, qui nous ont semblé pouvoir ne prêter aucune prise à la critique, ne laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur,

Et de ces diverses observations, nous nous efforcerons de tirer les éléments essentiels d'une étude clinique des cancers secondaires du larynx.

Nous discuterons d'abord la pathogénie variée de ces formes, ce qui nous permettra, chemin faisant, d'étendre quelque peu le cadre de notre sujet. Puis nous envisagerons les diverses variétés anatomo-pathologiques de ces tumeurs. Enfin nous terminerons cette étude en passant rapidement en revue, les symptômes importants et particuliers à chacune d'elles, leur évolution, les caractères spéciaux qu'elles nous présentent au point de vue de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement.

Disons de suite, que ces derniers paragraphes seront forcément écourtés, beaucoup de signes, leur plus grand nombre, pouvons-nous dire, étant identiques à ceux des tumeurs primitives malignes du larynx. Nous ne retiendrons que ceux qu'il nous a été permis de retrouver parmi les quelques observations publiées, retrouvées par nous, et qui se présentaient comme particuliers à ces formes secondaires.

PATHOGÉNIE

L'étude de la pathogénie des cancers secondaires du larynx nous a semblé une partie importante de notre sujet. Non pas qu'elle soit restée inconnue jusqu'à ce jour, mais parce qu'elle seule va nous permettre de définir exactement ce que nous avons voulu entendre sous le terme de « secondaires ». Grâce à elle, nous fixerons les limites exactes de ce qualificatif et les lignes qui suivent montreront que l'on peut envisager ce terme « secondaire », notre sujet tout entier par conséquent, sous un jour plus large qu'on a l'habitude de le faire.

On peut admettre trois façons fort différentes pour un cancer développé dans l'organisme, de constituer au cours de son évolution, une tumeur de même nature au niveau du larynx :

1° Ou bien il s'agit d'un cancer situé sur un organe voisin de l'appareil de la phonation, se développant peu à peu, et envahissant secondairement cet organe par continuité. Il s'agirait, là, d'un cancer secondaire par propagation.

2° Ou bien nous sommes en présence, cette fois, d'un cancer des voies digestives, de leur portion

supérieure en général, depuis le pylore jusqu'à l'orifice buccal, qui, arrivé à un stade avancé de son développement, sous l'influence des ulcérations multiples qui le font s'effriter, se fragmenter, ira par une de ses fongosités, implanter quelques cellules néoplasiques au niveau du larynx. Et l'on conçoit immédiatement, que les portions de cet organe, les plus atteintes, seront celles qui sont contigues à l'orifice supérieur du pharynx. Nous appellerons cette deuxième variété, cancers secondaires par inoculation ou par greffes.

3° Enfin, dans la troisième et dernière catégorie, la tumeur maligne néoformée en un point quelconque, très éloigné souvent du larynx, ira constituer au niveau de cet organe, dans l'une quelconque de ses parties (sans qu'on puisse, comme précédemment, assigner une place plus spéciale à la métastase), une nouvelle formation maligne, en empruntant soit la voie lymphatique, soit la voie sanguine veineuse. Il s'agira, dans ces cas, de cancers secondaires métastatiques vrais. Leur nombre est excessivement réduit.

I. — Cancers secondaires par propagation.

Nous avons compris cette variété de cancers dans notre sujet, uniquement pour montrer qu'il est possible d'en étendre le cadre, par trop restreint, si l'on ne considère que les deux formes suivantes. Nous en parlerons donc un peu ici à un point de vue général, et dans le cours des chapitres qui suivent, nous traiterons uniquement des formes secondaires par greffes et des vrais cancers métastatiques.

Cette première classe comprend tous les cas de cancers de la base de la langue, de la portion inférieure du pharynx, de toutes les parties contiguës au larynx, en un mot, qui, au cours de leur développement, en s'infiltrant peu à peu dans le voisinage, finissent par atteindre la portion supérieure, différenciée, des voies respiratoires, et la font ainsi participer secondairement à la dégénérescence néoplasique. Ces formes ont été décrites dans tous les ouvrages de laryngologie : elles ne sont pas détachées des autres tumeurs primitives extrinsèques du larynx et sont traitées dans les chapitres concernant les cancers primitifs du larynx (formes extrinsèques).

Il nous a semblé cependant qu'on pouvait faire une légère distinction, et isoler de ce groupe catalogué « extrinsèque », ceux dont le point de départ n'avait pas été l'organe phonatoire lui-même et qui, par conséquent, n'étaient que des cancers secondaires par propagation, de cet organe.

Et ainsi se trouve étendue la classe des cancers secondaires laryngés.

Ceci est une opinion. Il est possible d'en trouver d'autres tout à fait opposées. Krishaber, par exemple, ne voulait point admettre l'existence de ces formes ; et en particulier, les cancers extrinsèques développés sur la portion pharyngienne du larynx n'étaient pour lui que des tumeurs malignes du pharynx. Isambert, répondait que dans certains cas, il avait cependant vu la production morbide être parfaitement limitée au larynx : c'était des cancers primitifs extrinsèques de cet organe.

Nous n'avons fait que prendre une opinion intermédiaire aux deux précédentes. Il y a des cancers n'appartenant qu'au pharynx, il y en a qui ne dépassent point le larynx, ceci est un fait non douteux; mais il en est souvent qui, nés en un point voisin de cet organe, s'étendent de proche en proche jusqu'à lui, constituant ainsi des formes purement secondaires.

Et, fait curieux, parmi les cancers décrits comme extrinsèques, il en est certainement une majorité qui sont secondaires. Plus souvent, la néoplasie a eu son point de départ, soit sur la base de la langue, le voile du palais, un pilier de ce voile, soit sur la portion inférieure du pharynx. Puis elle atteint bientôt les replis qui entourent l'orifice glottique. Et nous disons qu'il s'agissait dans ces divers cas, de cancers secondaires du larynx. Nous rapprocherons de notre opinion, celle qu'émet M. le professeur Testut, à qui nous empruntons le passage suivant : « Comme l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques sont parfois le siège de tumeurs malignes : ces tumeurs, à l'inverse de celles qui se développent dans la région glottique (cancers intrinsèques), sont très rarement primitives. Elles sont presque toujours consécutives à un cancer de la base de la langue ou du pharynx, ce qui explique leur plus grande gravité. »

Si tous ces cas sont fréquents, le diagnostic n'en reste quelquefois pas moins difficile. Le malade porteur d'une telle tumeur ne vient souvent consulter qu'au dernier moment, alors que tous les ganglions tributaires des zones atteintes sont déjà infiltrés et qu'il

n'est plus possible de constater de visu, le point qui a donné naissance à la dégénérescence. Mais l'étude des premiers symptômes et souvent l'examen macroscopique et microscopique de la tumeur après nécropsie, permettront de fixer exactement le lieu d'origine.

De tous les points qui peuvent être l'occasion d'une tumeur secondaire propagée à l'organe phonatoire, nous avons cité les plus connus : langue, pharynx, piliers. Mais il est un autre organe qui, pour être complètement indépendant du larynx, n'en reste pas moins pour lui une source d'infection secondaire : nous voulons parler du corps thyroïde.

Un article datant de 1904, publié par MM. Viannay et Pinatelle, signalait la fréquence relative des cas où le goitre cancéreux envahissait secondairement la trachée et l'œsophage.

De la lecture des diverses et nombreuses observations de ces auteurs s'est dégagée la notion que le larynx, lui aussi, participait à cette généralisation. Bien que la trachée et le larynx soient plus souvent atteints que l'œsophage, le nombre des cas d'envahissement secondaire est cependant moins fréquent que ne pourraient le laisser supposer les rapports étroits et fort nombreux que ces organes, la trachée en particulier, affectent avec le corps thyroïde. Et, d'après les conclusions des deux auteurs, cet accident reste un accident rare de la thyrocarcinose. Il y a lieu cependant, croyons-nous, de tenir compte de la possibilité de pareils cas et tout au moins de signaler ces formes parmi les cancers propagés.

Voici ce que MM. Viannay et Pinatelle rapportent dans leur statistique : Sur 81 cas, van Straaten a trouvé 7 fois la trachée envahie, Carrel-Billard 2 fois sur 83 cas; si l'on y ajoute ceux que publient les auteurs de l'article auquel nous faisons allusion, on constate en résumé que, sur 173 cas, on notait 14 fois l'envahissement de la trachée et du larynx.

Nous citerons ici quelques-unes de ces observations, en les résumant d'une façon succincte :

OBSERVATION I

Il s'agissait d'un cancer du lobe gauche du corps thyroïde, à début simulant une thyroïdite, survenant chez une femme d'âge moyen. La tumeur s'accompagnait des signes de compression du récurrent. L'autopsie montra que la trachée était réduite de la moitié de son volume, non par compression, mais par obturation. A son intérieur s'étaient développés plusieurs bourgeons néoplasiques qui faisaient saillie dans la lumière respiratoire. Ces bourgeons, au nombre de quatre principaux, s'étageaient en ligne verticale, depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde, à 2 centimètres au-dessous de la glotte, jusqu'au 3^e anneau de la trachée.

Dans cette observation, nous voyons que le larynx n'était guère intéressé, si ce n'est à sa partie toute inférieure. Les deux cas rapportés plus bas nous montreront que le larynx peut participer, comme la trachée, à l'envahissement secondaire de la carcinose.

OBSERVATION II

(M. GAYET.)

Un homme de 45 ans présentait une tumeur du lobe gauche du corps thyroïde. La glotte, vue d'en haut, présentait entre les deux cordes vocales une masse polypeuse obturant presque complètement son orifice. Elle était faiblement adhérente et très friable, mais elle rétrécissait à un tel point le calibre du conduit aérien que l'eau, dirigée en jet sur l'orifice glottique, ne descendait qu'en bavant à travers lui. La trachée était envahie elle aussi.

OBSERVATION III

(MM. MERMET et LASCOURS.)

Femme de 56 ans, soignée dans le service de Schwartz pour un cancer du corps thyroïde. Meurt au bout de quelques jours. Le larynx et la trachée étaient profondément infiltrés et altérés, mais surtout au niveau de leurs limites communes. Les bandes ary-épiglottiques étaient envahies, le tissu sous-muqueux était le siège d'un œdème gélatiniforme et vers l'articulation thyro-aryténoïdienne existait une trainée cancéreuse transversale, grisâtre. Les bandes ventriculaires étaient aussi infiltrées.

Si nous nous sommes étendu un peu longuement sur ces propagations au larynx de la thyrocarcinose, c'était pour montrer la fréquence relative de ces formes, et aussi et surtout pour mettre en évidence ce fait particulier que les formes intrinsèques peuvent être, dans quelques cas; des formes de localisations secondaires par propagation.

Nous avons dit précédemment que les formes extrinsèques de cancers primitifs comportaient un nombre

relativement assez considérable de cancers secondaires par propagation; il ne nous est pas permis d'en fixer exactement le pourcentage, mais nous pensons qu'il est possible, sans trop nous aventurer dans l'hypothèse, d'en compter une bonne moitié, si ce n'est plus.

Nous rapporterons ici quelques chiffres empruntés à diverses statistiques et qui montrent les rapports qui existent entre les deux formes extrinsèques et intrinsèques primitives du larynx.

Sendziak considère les formes extrinsèques comme étant deux fois moins fréquentes que les formes intrinsèques.

Baratoux, dans son ouvrage sur le *Cancer du Larynx*, rapporte une statistique de 167 tumeurs; 117 fois il s'agissait de formes intrinsèques, 50 fois seulement de formes extrinsèques.

Semon rapporte 85 cas de cancers intrinsèques pour 18 de formes extrinsèques. Enfin Molinié, dont la statistique comporte un nombre considérable de cancers du larynx, les divise comme il suit :

Tumeurs intrinsèques	202
Tumeurs extrinsèques	53

Nous n'avons donné ces chiffres que pour les mettre en comparaison avec ceux que vont nous fournir les cancers secondaires par greffes et les cancers métastatiques vrais. Nous verrons par la suite que la différence est énorme et que si l'on envisageait, dans le groupe des cancers secondaires du larynx, tous ceux que constituent les cancers propagés, il ne faudrait plus

conclure comme nous le faisons : la classe des cancers secondaires du larynx ne serait plus une rareté.

II. — Cancers secondaires par inoculation.

Grâce à l'étude qui précède, il nous est permis de penser que les cancers propagés ne pouvaient guère soulever de discussions. Avec cette seconde catégorie, nous entrons dans la phase intéressante de la question, celle qui a soulevé le plus de controverses et comporte le plus d'opinions différentes. La rareté des cas observés, la difficulté d'interprétation, à cause du manque souvent complet d'examen histologique, sans lequel, nous l'avons dit, une étude approfondie et sévère n'est pas possible, expliquent ces oppositions d'idées et de vues.

Il s'agit, dans cette classe, de cancers greffés secondairement au larynx à la suite d'une tumeur maligne évoluant sur le tube digestif en général.

Nous verrons plus loin que l'œsophage, l'estomac d'une part, la cavité buccale d'autre part, peuvent indifféremment être la cause initiale de ces tumeurs.

Le terme de cancers par « inoculation » mérite qu'on s'y arrête un instant. Et pourtant il nous semble qu'en la circonstance c'est le mot le plus propre, le plus explicite, celui qui définit le mieux la pathogénie de cette catégorie de tumeurs.

Mais s'il y a vraiment inoculation, comment se fait-elle, par quel mécanisme arrive-t-elle à produire, à distance du point de départ des germes qu'elle comporte, une seconde tumeur identique, tant au point de

vue de sa malignité qu'au point de vue de ses formes cellulaires, à celle dont elle émane?

La communication faite par MM. Lannois et Moncharmont, au sujet du cas récemment observé auquel nous faisons allusion, indique sommairement déjà la façon dont se produit la greffe secondaire. Nous rapporterons ici, puisque nous avons l'occasion d'en parler plus longuement, cette observation, complète en ce qui concerne l'examen histologique.

OBSERVATION IV

Sur un cas de cancer secondaire du larynx.

MM. LANNOIS et MONCHARMONT

J..., 70 ans, est amené à la consultation de M. le professeur Lannois, à l'hôpital Saint-Pothin, pour des troubles de la digestion accompagnés d'une atteinte profonde de l'état général.

C'est un homme très amaigri, cachectique, à bout de forces, qui ne peut plus avaler depuis 6 ou 8 mois, et présente également, depuis un certain temps, une gêne respiratoire assez accusée. Actuellement, il lui est impossible d'avaler autre chose que des liquides et même certains liquides. La voix a disparu.

L'examen laryngoscopique révèle les lésions suivantes : les deux cordes vocales sont immobilisées sur la ligne médiane; la fente glottique est très étroite et ne s'élargit pas pendant les mouvements respiratoires. Entre la paroi laryngée et le pharynx, à droite, sur le repli aryténo-épiglottique et en dehors de lui, existe une masse bourgeonnante, recouverte d'un enduit grisâtre, large comme une pièce de un franc. Pas d'adénopathie sensible.

La tumeur droite explique bien l'immobilité de l'aryténoïde et de la corde droite, mais non l'adduction de la corde gauche (1), mais le malade se trouve dans un tel état d'épuisement qu'il est impossible de faire un interrogatoire minutieux et de pratiquer un

(1) L'examen néroscopique ultérieur laisse supposer qu'il s'agissait d'une paralysie récurrentielle au début.

examen plus approfondi. Il est hospitalisé avec le diagnostic de cancer du larynx et meurt trois jours après sans qu'on ait pratiqué de nouvel examen.

Autopsie. — A l'examen des différents viscères, on ne constate pas autre chose que la présence de tubercules crétacés nombreux aux deux sommets, avec des traces évidentes de tuberculose pulmonaire guérie.

Ayant isolé les conduits laryngo-trachéal et œsophagien, on constate une tumeur œsophagienne siégeant à peu près à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, en forme d'anneau à lumière très étroite, ayant donné naissance à une masse ganglionnaire volumineuse située au contact de la trachée. La tumeur laryngée intéresse le sinus piriforme et l'aryténoidé du côté droit, s'avance légèrement sur le bord libre de l'épiglotte. Les deux tumeurs sont séparées par un intervalle de tissu d'environ dix centimètres.

Examen histologique (Dr Savy, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté). — I. *Tumeur œsophagienne.* Elle présente les caractères histologiques classiques de l'épithélioma ectodermique d'origine œsophagienne. On voit effectivement, dans le stroma fibreux, de nombreuses formations épithéliales disposées en boyaux pleins, au centre desquelles on distingue nettement des globes concentriques.

II. *Tumeur laryngée.* — Il s'agit également d'un épithélioma dont le tissu est ainsi constitué : le stroma fibreux est en même temps très cellulaire, infiltré qu'il est par de petits éléments presque réduits aux noyaux. Au sein de ce stroma, on rencontre des boyaux épithéliaux assez nombreux et en général de grandes dimensions. Ils sont formés de grandes cellules à protoplasma granuleux à noyaux bien apparents. C'est un épithélioma atypique qui s'est développé aux dépens d'une muqueuse ectodermique.

Le point saillant de toute l'observation, ce qui frappe de prime abord, c'est la distance relativement considérable qui sépare l'une de l'autre les deux formations néoplasiques. L'intervalle sain de dix centimètres ne

laissait point de doute sur la parfaite individualité de l'une et de l'autre. Tout au plus pouvait-on se demander quelle était la première en date : l'évolution des symptômes montrant que les troubles de la déglutition, la dysphagie, avaient été les premiers apparus, indiquaient nettement, ainsi d'ailleurs que le développement considérable par rapport à la tumeur laryngée, de la tumeur œsophagienne, que cette dernière était la tumeur primitive. Peut-être pouvait-on se demander également, si les deux tumeurs ne s'étaient point développées l'une et l'autre simultanément en deux points distants, l'une sur l'œsophage, l'autre dans le sinus piriforme. Cette dernière hypothèse ne doit être admise qu'avec la plus extrême réserve : outre la rareté des cas semblables, il semble bien que les dimensions fort grandes de l'anneau néoplasique au niveau de l'œsophage en indiquent l'évolution plus longue, partant la nature primitive. Cependant il nous faut signaler deux cas : un de Sendziack et un de Stiénon. Dans le premier, Sendziack avait constaté le développement simultané d'un cancer extrinsèque du larynx, en divers points de cet organe, séparés par des intervalles de tissu sain. Mais ne s'agissait-il pas plutôt là de localisations secondaires d'une tumeur primitive, localisations qui se seraient faites par une fongosité détachée du cancer, et implantée, greffée secondairement sur une portion distante du larynx à la faveur d'une érosion de la muqueuse ? Ou bien aussi n'était-ce qu'une métastase par voie sanguine ou lymphatique ?

Enfin, dans le cas rapporté par Stiénon, et qui fit l'objet d'une communication de cet auteur à la Société

d'anatomie pathologique de Bruxelles, il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui présentait un cancer du larynx étendu au pharynx et à la base de la langue. L'autopsie révéla à l'union du tiers inférieur de l'œsophage avec les deux tiers supérieurs la présence d'un cancer ulcéré.

L'auteur constatait la présence de deux particularités intéressantes : d'abord l'existence simultanée de deux cancers, ce qui est très rare, et ensuite ce fait que le cancer œsophagien n'était sûrement pas une métastase du cancer laryngien.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons considérer l'observation de MM. Lannois et Moncharmont comme authentique : il s'agissait bien d'une localisation secondaire au larynx de la tumeur primitive siégeant sur l'œsophage.

Cette observation n'est pas la seule qui nous montre un tel mécanisme d'infection secondaire. Nous pouvons en rapprocher le cas que Landgraff a publié en 1886 dans les *Annales de la Charité de Berlin*, sous le titre : « Ein fall von secundären (infectiosen) Carcinom des Larynx » (Sur un cas de cancer secondaire (infectieux) du larynx). Cette observation est rapportée tout au long dans le mémoire de MM. Lannois et Moncharmont.

OBSERVATION V (résumée).

Il s'agissait d'un tuberculeux arrivé au stade de ramollissement et qui présentait de plus un cancer de l'œsophage. Le cathétérisme pratiqué montra que ce cancer débutait à 32 centimètres environ des arcades dentaires.

L'examen laryngoscopique montrait à la surface des aryténoï-

des, notamment à droite, de petits bourgeons. L'examen histologique fait sur des mucosités qui recouvraient la tumeur laryngienne, montrait qu'elles renfermaient du bacille de Koch et le diagnostic d'ulcération tuberculeuse de la commissure postérieure fut porté.

Dans la suite, l'aspect des bourgeons se transformant et offrant une teinte rouge foncé, le diagnostic devint douteux.

Le malade mourut. A l'autopsie on découvrit un cancer épithélial localisé sur l'œsophage, approximativement à la hauteur de la bifurcation des bronches ; et dans l'espace interaryténoïdien, couvrant les deux cordes vocales, un cancer secondaire non ulcéré. Entre les deux tumeurs existait un intervalle d'œsophage assez grand et parfaitement sain.

Il y a presque identité, on le voit, entre les deux cas que nous venons de citer. Nous verrons dans la suite qu'il est vraisemblable d'admettre pour tous deux un même processus d'inoculation.

Rapprochons encore de ces cas, celui qui est rapporté par Grayson dans le *Medical News Philadelphie* en 1894, sur un cas de cancer du larynx secondaire à une tumeur de même nature située sur la lèvre.

Strubell rapporte en 1904, un cas de cancer du larynx secondaire à un néoplasme de l'estomac. S'agissait-il là d'une greffe secondaire ou d'une métastase vraie ? Le cas reste douteux, bien qu'il y ait de fortes présomptions en faveur d'un processus identique aux précédents.

Strubell avait fait le diagnostic du cancer secondaire du larynx, en présence des troubles suivants : déglutition très gênée, larynx dévié à gauche, moitié gauche moins mobile que la droite et ganglions dans le creux sus-claviculaire droit. A l'examen il trouva un cancer de l'estomac.

Citons enfin les cas de Semon et Shattock, de Newmann, relatifs à la transmission d'un cancer de la lèvre au niveau du larynx.

De ces observations, quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer sur la pathogénie de la carcinose secondaire ? MM. Lannois et Moncharmont les indiquaient nettement lorsqu'ils disaient : « La dissémination cancéreuse se fait très vraisemblablement au cours des vomissements et des regurgitations que détermine la sténose œsophagienne ».

Ménétrier dans son traité sur le Cancer, parlant des voies empruntées par la néoplasie pour se disséminer à travers l'organisme, dit en substance : « Les voies glandulaires, les muqueuses, tous les conduits naturels peuvent servir encore à la dissémination du cancer. C'est ainsi que les cellules épithéliales de cancers ulcérés de la bouche, de l'œsophage, peuvent, entraînées par la déglutition, descendre, se greffer dans l'estomac où elles auront rencontré vraisemblablement des surfaces préalablement ulcérées, ou tout au moins desquamées de leur épithélium de revêtement par quelque processus inflammatoire ».

Cela n'a rien qui puisse surprendre et il ne s'agit là que d'un processus très voisin de celui de la métastase : la voie sanguine de l'une est remplacée par la voie digestive de l'autre. Les fongosités du néoplasme primitif ulcéré, entraînées par les aliments ou le cours des matières, vont se fixer secondairement en un point du tube digestif, souvent préparé à les recevoir. Il s'agit donc d'une véritable inoculation morbide en un point de la muqueuse. Dans notre cas, c'est la muqueuse

laryngée qui est en cause. Et l'on voit tout de suite les causes multiples qui prédisposeront l'organe de la phonation à se laisser envahir par la néoplasie. Situé à l'extrémité des voies aériennes, contigu à ce niveau à l'orifice supérieur du conduit œsophagien, à l'orifice postérieur de la cavité buccale et de ses cavités annexes, le larynx forme comme un lieu éminemment propice où viendront se loger ces sortes d'embolies digestives. Les anfractuosités nombreuses de la zone sus-glottique, que forment en se portant sur les parties voisines, des replis ou ligaments variés, sont comme des niches bien faites pour abriter les fongosités que le néoplasme ulcéré envoie dans toutes les directions.

Pour les cas de cancers de la lèvre dont Grayson, Newmann, etc., nous ont cité des exemples, la voie d'inoculation sera descendante : les aliments en contact avec les lèvres pendant la mastication, s'imprèneront de parcelles néoplasiques, et pendant la déglutition quelques-unes s'arrêteront au niveau de la zone sus-glottique. Pour les cancers situés plus bas que le larynx, sur l'œsophage, le cardia, l'estomac ou le pylore, la voie d'inoculation sera ascendante. On sait combien ces affections s'accompagnent de régurgitations ou de vomissements : la sténose œsophagienne et la sténose pylorique nous en offrent des exemples frappants, et de tous leurs symptômes, ces vomissements en constituent les principaux. Suivant un cours rétrograde, les fongosités iront s'arrêter au niveau de l'orifice supérieur du larynx et se grefferont sur les replis nombreux à ce niveau.

Cette greffe secondaire, cette sorte d'inoculation, ne diffère guère en somme de celle dont se sert journalle-

ment l'expérimentation. Pour ceux qui voient dans le cancer un processus pathologique infectieux, causé par un agent pathogène différencié (bactéries ou parasites); l'explication est facile : l'agent infectieux ne fait que passer à travers la muqueuse, et détermine là un processus néoplasique analogue à celui dont il est émané. Mais si l'on ne voit dans le cancer, qu'une manifestation d'un trouble ou nerveux, ou vasculaire, ou purement vital, l'explication doit être modifiée. On sait la fréquence des affections aiguës ou chroniques du larynx ; ces affections doivent être plus fréquentes encore chez les malades atteints d'une sténose œsophagienne ou stomacale, sujets à de nombreuses regurgitations ou vomissements, lesquels entretiennent au niveau du larynx un phénomène d'hyperhémie toujours plus ou moins accentué. Les lésions, les érosions superficielles de la muqueuse, doivent donc vraisemblablement être fréquentes. Et l'on comprend facilement, étant donné, d'autre part, la puissance néoformative et la vitalité considérable des cellules cancéreuses, la possibilité pour ces cellules de se greffer au niveau de ces ulcérations de la muqueuse. Leur développement ultérieur constitue la tumeur secondaire.

Certains auteurs ont nié la possibilité d'inoculation du cancer, ce qui détruirait en partie la théorie qui nous permet d'expliquer ce mode de formation de carcinose secondaire. Cependant, il semble nettement que cette inoculation existe. Citons les cas de Nicaise, Reinecke, Courtin, où, par exemple, le trajet d'une ponction d'ascite cancéreuse a été inoculé et est devenu le siège de nouvelles tumeurs.

Enfin, dans les cas d'ablations de cancers faites sans précautions, des chirurgiens ont souvent ensemencé des cellules vivaces dans toute la surface du champ opératoire, préparant ainsi les récidives.

Ainsi donc cette possibilité d'infection par ce mode particulier existe. En ce qui concerne les tumeurs du larynx, elle semble même constituer un mode fréquent de propagation cancéreuse à cet organe, si nous nous en rapportons au nombre relativement grand des cas signalés, en comparaison de ceux, très rares, où la tumeur secondaire n'a été que la conséquence d'une métastase sanguine ou lymphatique. La connaissance de ce mode d'infection est donc importante au point de vue prophylactique et il est bien évident qu'un cancer de la lèvre par exemple, extirpé en temps opportun, avant que son évolution n'ait atteint le stade d'ulcération, enlèvera au malade toute chance de faire une néoplasie secondaire au niveau de son larynx, dont les conséquences sont bien autrement graves.

Cette assertion semble superflue peut-être. Mais si nous tenons compte de ce fait, que les tumeurs malignes des lèvres ont peu de tendance à se généraliser par voie sanguine à d'autres organes plus ou moins distants, contrairement à ce qui a lieu pour les autres tumeurs de nature épithéliale situées dans l'organisme, on conçoit que ce mode d'inoculation par fongosités, greffées secondairement, constitue pour elles la principale façon, l'unique pourrait-on dire, de déterminer au niveau du larynx une nouvelle tumeur. Et c'est la raison pour laquelle nous insistions si particulièrement sur l'urgence qu'il y avait, en cas de cancer des lèvres,

à extirper rapidement et d'une façon précoce cette néoformation.

Nous ferons remarquer enfin que, non seulement les épithéliomes des lèvres présentent ce mode particulier d'infection secondaire, mais tous les cancers des voies digestives supérieures également. Dans tous les cas que nous venons de signaler, pas un seul en effet, sauf celui, très douteux, de Strubell, ne semble s'être généralisé au larynx par métastase. Tous se sont inoculés secondairement par une fongosité que les vomissements avaient entraînée avec eux.

Ce fait caractéristique nous a paru digne d'être signalé.

III. — Cancers secondaires par métastases.

De tous les cancers secondaires du larynx, ceux-ci sont les moins fréquents, les plus discutés. Le nombre des observations apportées à l'appui de leur existence est très restreint, et il faut parcourir de nombreuses publications avant de trouver quelques cas probants.

Le mémoire de MM. Lannois et Montcharmont rapporte le cas de Sands cité dans la thèse de Schwartz, relatif à un cancer du larynx, à la suite d'un cancer des surrénales, du rein et de l'uretère. Comme ces auteurs le font remarquer, il ne s'agit pas là d'un cancer secondaire du larynx, mais bien au contraire d'un cancer primitif de cet organe, ayant donné lieu à des métastases dans les surrénales, le rein et l'uretère.

Isambert rapporte un cas de cancer épithélial polypiforme du larynx, qui existait chez un homme de 50 à 60 ans, en même temps qu'un cancroïde du prépuce.

S'agissait-il là de deux tumeurs développées l'une et l'autre séparément, sans rapport aucun. Ou bien l'une était-elle la conséquence de l'autre, mais quelle était la tumeur primitive ? L'observation incomplète au point de vue histologique ne permet point de le dire.

Le cas de Strubell, où l'on voyait un cancer du larynx coïncider avec une tumeur semblable de l'estomac, laissait douter également au sujet de la façon dont s'était produite la métastase. S'agissait-il de voie sanguine, ou bien d'inoculation par une fongosité détachée du cancer primitif et greffée secondairement au niveau du larynx ? On ne saurait être affirmatif.

Parmi les cas les plus probants, nous citerons les deux suivants, dont l'un, de M. le professeur Moure (de Bordeaux), l'autre de M. Garel.

Le premier n'est malheureusement pas complet, l'observation détaillée n'ayant pu être retrouvée. Voici les quelques détails que M. le professeur Moure a eu l'obligeance de nous faire parvenir :

« Il s'agissait d'un malade opéré à Bordeaux par le
« professeur Lannelongue, d'un cancer du rectum, qui,
« deux ou trois ans plus tard, vint trouver M. Moure, porteur d'un épithélioma du larynx, auquel il succomba du
« reste. Il s'agissait d'une tumeur diffuse, ayant débuté
« par la bande ventriculaire et d'emblée inopérable, car
« le malade n'était pas en état de supporter l'intervention grave de la laryngectomie. »

La seconde observation est plus complète et comporte un examen histologique qui ne laisse aucun doute sur son authenticité. Elle a été publiée par MM. Garel et Chapuis en 1896.

OBSERVATION VI

Un homme de 61 ans entre dans le service de M. Garel pour un ulcère de jambe. Cet homme présentait en même temps des signes de cachexie. Et on ne notait rien du côté du larynx. On pratiqua l'amputation. Trois semaines après l'opération apparurent des troubles respiratoires; quelques jours après des phénomènes d'œdème de la glotte. Le 11 janvier on fit le tubage qui soulagea le malade; au bout de quelques heures survint une douleur du côté droit du larynx; on enleva le tube et le cornage reparut. Le lendemain, malgré la trachéotomie, le malade succomba.

L'autopsie révéla les lésions suivantes: il existait quelques ganglions au pli inguinal; pas de généralisation viscérale. L'épiglotte était indurée, la corde supérieure détruite. Il s'agissait évidemment d'un épithélioma du larynx par métastase, d'un épithélioma développé secondairement sur un ulcère de jambe.

L'examen histologique pratiqué ultérieurement démontra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma à type corné.

Signalons encore les observations rapportées par Masséi dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie et de rhinologie* et celle de Caboche et Paiseau qui fit l'objet, en 1903, d'une communication dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.

Ces dernières observations avaient trait à des sarcomes secondaires et dans le chapitre de l'anatomie pathologique des différentes variétés de cancers secondaires nous aurons l'occasion de les citer l'une et l'autre.

Hugo Bergeat, dans une étude sur le sarcome du larynx et de la trachée publie deux cas manifestement

métastatiques pour 85 cas de sarcomes primitifs et 10 de sarcomes secondaires par propagation. Peut-être y a-t-il lieu de faire quelques réserves sur leur existence véritable, l'examen histologique faisant défaut.

Seudziack rapporte dans un de ses ouvrages, certains cas qui appartiennent à Isambert, Cadier, Schmit, Brunner, Grayson, Mackenzie, mais au sujet desquels il faut faire les mêmes réserves.

Landgraß cite aussi une observation d'Eppinger où cet auteur aurait constaté, chez un malade atteint de carcinose cutanée généralisée, un point métastatique sur la bande ventriculaire.

Hjort enfin, avait relevé la coexistence de sarcomes du larynx et de tumeurs de même nature à la paume de la main, sans spécifier toutefois la priorité de l'une ou de l'autre de ces localisations. Car il est bien évident que si la sarcomatose laryngée peut être secondaire, elle peut aussi être primitive et former des métastases dans les diverses parties de l'organisme.

De tous les cas que nous venons de signaler, il n'en reste, on le voit, que fort peu qui soient probants. Ceux de MM. Moure, de Garel et Chapuis, de Masséi et de Caboche et Paiseau restent les plus affirmatifs.

L'existence de métastases cancéreuses au niveau du larynx reste donc néanmoins un fait précis et indéniable. Si elle est rare, ce n'est point une raison pour douter et nous rapprocherons des preuves irréfutables que nous venons d'énumérer l'opinion qu'émettait Schwartz dans sa thèse d'agrégation. « Le cancer du
« larynx se développe-t-il comme cancer infectieux,
« c'est-à-dire comme manifestation à distance du

« cancer primitif, situé dans un autre organe ? Nos
« recherches sur ce point ont été presque complè-
« tement négatives et nous n'avons pu recueillir, pas
« plus que Fauvel ni que Mackenzie, un cas avéré de
« cancer vraiment secondaire. »

Schwartz mettait donc fortement en doute la possibilité pour une tumeur maligne de faire une métastase au niveau du larynx. Nous pensons qu'on peut être plus affirmatif aujourd'hui et cette existence n'est plus un mythe, si on songe aux cas que nous signalions précédemment. A vrai dire, nous comprenons assez mal, les raisons pour lesquelles le larynx aurait été ainsi soustrait, de la classe des organes susceptibles d'être le siège de tumeurs secondaires. Avec tous les auteurs nous pensons que ces cas sont très rares, car, s'il est vrai, comme nous le disions tout au début, que le cancer primitif est déjà peu fréquent au niveau du larynx, le cancer secondaire doit profiter également un peu de cette sorte d'immunité. Le cancer n'aime pas le larynx, disait Schwartz. Rien d'étonnant alors à ce que les métastases ne choisissent (qu'on nous permette l'expression) que rarement cet organe. D'autant mieux, d'ailleurs, que dans toute généralisation cancéreuse, une prédilection particulière pour quelques organes est manifeste, cela reste un fait connu.

En présence de ces quelques cas avérés, nous devons nous demander quelles sont les voies que la métastase va suivre pour arriver jusqu'à la portion supérieure des voies aériennes. Il n'y a rien de particulier à signaler dans le cas qui nous concerne : la voie lymphatique, la voie sanguine, sont toutes deux suscep-

tibles de servir aux embolies néoplasiques. Nous ferons remarquer cependant, que dans la variété des tumeurs que nous allons envisager maintenant, le sarcome n'infectant que rarement le système lymphatique, alors qu'au contraire il présente une prédilection marquée pour les vaisseaux sanguins, les veines surtout, il est naturel d'admettre que la voie empruntée par ces tumeurs pour se généraliser sera de préférence la voie sanguine veineuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes les variétés de cancers développés en un point de l'organisme sont susceptibles de faire une localisation secondaire au niveau du larynx.

Nous pourrions donc passer en revue toutes ces formes nombreuses et variées.

Mais la rareté des observations que nous avons pu trouver, le nombre infime de celles qui s'accompagnent d'une étude histologique, nous oblige à réduire les limites de notre sujet.

Nous diviserons ce chapitre en trois paragraphes distincts :

Dans le premier nous passerons en revue les formes épithéliales secondaires ;

Dans le second paragraphe nous étudierons les sarcomes ;

Enfin, dans le dernier, nous citerons les formes secondaires des tumeurs mélaniques, excessivement rares, puisqu'il ne nous a été possible que d'en retrouver un seul cas et encore n'offre-t-il guère de garanties.

I. — Cancers secondaires épithéliaux

Ces formes constituent une assez bonne partie des cas de cancers secondaires du larynx ; aux observations déjà citées dans notre mémoire, celles de

MM. Lannois, Landgraff, Grayson, Isambert, Sands, Moure, Chapuis et Garel, qui toutes se rapportent à une forme épithéliale, nous ajouterons une observation de Cadier, dont le contrôle anatomique manque malheureusement.

OBSERVATION VII

Il s'agit d'une femme de 42 ans qui a été opérée, il y a trois ans, de cancer épithélial du sein ; depuis cinq mois elle a la voix voilée et voici ce que l'on trouve à l'examen laryngoscopique : du côté du larynx, une tumeur envahissant la région aryténoïdienne et la région aryténo-épiglottique droite, ainsi que la corde vocale supérieure de ce côté. Du côté de l'aisselle correspondant au sein enlevé, une récurrence ganglionnaire est manifeste ; enfin du côté opposé un gros noyau cancéreux dans le grand pectoral, au-dessous de la clavicule.

« Nous n'hésitons pas à admettre ici une généralisation du cancer du sein dans les ganglions, le pectoral et le larynx. La malade accuse actuellement des étouffements continuels et de la difficulté pour avaler. La tumeur laryngée accessible au doigt est résistante et ne se laisse pas déplacer. »

Il s'agissait là, très vraisemblablement, d'une tumeur primitive du sein de nature épithéliale, le sarcome étant assez rare et la présence de ganglions axillaires atteints par la néoplasie constituant presque une preuve à l'appui de cette opinion.

Si la quantité des tumeurs secondaires épithéliales localisées au larynx est relativement aussi importante que celle des tumeurs de nature différente, ainsi qu'il en résulte des cas rapportés, cela n'a rien qui puisse nous étonner. Les cancers de l'organisme sont le plus

souvent, en effet, d'origine épithéliale, constitueraient même pour quelques auteurs, les seuls cancers. Leurs formes secondaires sont donc celles que nous devons retrouver très fréquemment. Mais si ce rapport purement numérique, intervient pour une grande part dans la dissémination au larynx de ces formes épithéliales, il faut aussi signaler le caractère particulièrement prolifératif, la vitalité considérable des éléments cellulaires qui constituent cette forme. C'est donc une raison de plus pour qu'elle soit éminemment prédisposée, et plus que toute autre, à faire des métastases. Nous verrons plus loin qu'il y a lieu cependant de faire quelques réserves à ce sujet.

La tumeur secondaire, au larynx, comme dans tout autre organe, présentera la même structure que la tumeur dont elle est émanée. Qu'il s'agisse de propagation, d'une greffe secondaire par une fongosité refoulée par le vomissement ou entraînée par le cours des aliments, ou qu'il s'agisse enfin d'une métastase par voie sanguine, dans tous ces cas, le tissu initial se retrouvera avec ses mêmes caractères épithéliaux.

Dans l'observation de MM. Lannois et Moncharmont nous retrouvons dans la formation néoplasique du sinus piriforme les mêmes éléments que ceux de la tumeur primitive : mêmes boyaux épithéliaux nombreux et assez grands, nombreuses cellules épithéliales infiltrées dans le stroma fibreux, en somme épithélioma développé aux dépens d'une muqueuse ectodermique. A ce même point de vue l'observation de MM. Garel et Chapuis est typique : on retrouvait dans les éléments de la tumeur laryngée, les caractères de l'épithélium

corné aux dépens duquel la tumeur primitive avait proliféré.

Dans toutes les observations citées par MM. Viannay et Pinatelle on reconnaissait au niveau de la tumeur laryngée, les caractères nettement particuliers et qui ne se retrouvent que dans cet organe, de l'épithélium glandulaire du corps thyroïde. L'observation de M. Moure, dont il ne nous a pas été permis de retrouver l'examen histologique eût été intéressante aussi à ce point de vue; on aurait pu constater les caractères d'une métastase épithéliale dont les cellules auraient présenté les mêmes particularités que celles de la tumeur développée sur la muqueuse rectale, dont elle n'était qu'une localisation à distance.

De même, dans les cas de Strubell, de Cadier, d'Isambert, etc., il eût été possible de retrouver les caractères des tumeurs développées aux dépens des épithéliums de l'estomac, du sein, du prépuce. Mais les examens histologiques faisaient défaut. Et, comme nous le disions précédemment, sans eux, on est dans l'impossibilité absolue de confirmer le diagnostic de cancer secondaire. Aussi reste-t-il improbable ou tout au moins sujet à de nombreuses critiques.

II. — **Sarcomes secondaires.**

Les tumeurs sarcomateuses de l'organisme sont moins fréquentes que les tumeurs épithéliales. Nous ne devrions donc pas être étonné de voir leurs localisations secondaires aux larynx, être signalées un peu moins souvent. Au contraire, de toutes nos recherches,

s'est dégagé ce fait, que les sarcomes sont au moins aussi nombreux, si ce n'est plus, que les épithéliomes.

Les observations que nous avons pu retrouver, bien que rares encore, n'en sont que plus catégoriques. L'examen histologique qui a été pratiqué dans la majorité des cas, n'a pas peu contribué à les rendre moins suspectes.

Nous rapporterons ici l'observation datant de 1903, publiée par MM. Caboche et Paiseau.

ORSEVATION VIII (résumée).

Sur un cas de sarcome secondaire métastatique de la zone sous-glottique.

Edouard S. . . , 51 ans, est soigné pour des accidents laryngés spécifiques avec dyspnée intense. A l'examen, toute la zone sus-glottique est intacte. Ce qui frappe, c'est la présence dans la zone sous-glottique, au-dessous de chaque corde vocale inférieure, d'une tuméfaction rouge foncé, régulière, lisse, tendue, s'étendant dans toute la longueur des cordes et dépassant leur bord libre. Les cordes sont encore mobiles et se mettent en abduction lorsqu'on fait prononcer la voyelle *é* ; mais cette abduction est limitée par la gêne qu'apportent les tumeurs sous-jacentes. Pas de douleur, ni d'adénopathie. On fait le diagnostic d'infiltration syphilitique tertiaire sous-glottique. Le malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie on constate du côté gauche une tumeur mammaire grosse comme une petite noix et très adhérente. A l'ouverture du thorax, on tombe sur une grosse masse rétrosternale, du volume du poing, fibreuse et de coloration blanc rosé à la coupe.

Le larynx ouvert présente les deux tumeurs constatées sur le vivant considérablement affaissées, légèrement jaunâtres, dures au toucher. Pas de ganglions.

Examen histologique. — L'examen microscopique fait voir que les tumeurs médiastine et mammaire et les saillies laryngées ont la structure identique d'un sarcome à cellules rondes. La tumeur médiastine, en raison de sa grosseur, est considérée comme tumeur primitive : elle présente de grosses cellules rondes et tout l'aspect d'un sarcome globo-cellulaire. Dans les noyaux secondaires mammaires et laryngés, on retrouve ces mêmes aspects (vascularisation abondante, cellules sarcomateuses plus petites et plus tassées).

Cette observation nous présente, avec tous les renseignements que l'on peut exiger, la preuve évidente d'une sarcomatose laryngée secondaire. Il faut nous rendre à l'évidence, malgré la négation qu'on leur a opposée. La tumeur primitive développée aux dépens du médiastin avait, par la voie lymphatique (lymphatiques internes qui se jettent dans des troncs situés le long des vaisseaux mammaires internes), ou la voie sanguine, provoqué une néoformation secondaire au niveau de la région mammaire et, de là, la néoplasie avait atteint la zone sous-glottique, favorisée peut-être par quelque processus pathogène aigu ou chronique (le malade était spécifique) qui avait provoqué à ce niveau la formation d'une zone de prédisposition, de moindre résistance.

Nous avons parlé précédemment de la possibilité d'une métastase par voie lymphatique. L'absence d'adénopathie axillaire et sus-claviculaire signalée ne doit pas, comme on pourrait le supposer, faire exclure cette voie : les lymphatiques ont très bien pu infecter la région rétromammaire sans que l'infection ait eu le temps de remonter plus avant, ou plus haut, dans

la région axillaire ou le creux sus-claviculaire. Par contre, le transport des cellules néoplasiques de la tumeur rétrosternale au larynx semble bien s'être fait par voie sanguine, la chaîne des ganglions carotidiens étant restée tout à fait indemne.

Là, comme dans les tumeurs épithéliales, et les auteurs nous le font remarquer avec insistance, car c'est sur cette identité qu'est basé leur diagnostic, la tumeur secondaire revêtait les mêmes caractères de vascularisation intense, de cellules grosses et rondes constituant la variété globo-cellulaire. Le métastase était manifeste.

Dans le chapitre traitant de la symptomatologie des diverses variétés de cancers secondaires, nous insistons plus particulièrement sur les caractères spéciaux que nous offre cette sarcomatose laryngée.

Nous citerons encore, parmi les cas secondaires revêtant la forme de sarcome, la publication faite par Masséi de Naples, en 1901, sur les complications laryngiennes de la sarcomatose cutanée.

Masséi publie cinq observations personnelles de sarcomes multiples hémorragiques de la peau, avec coexistence de tumeurs de même nature au niveau du larynx. Trois de ces observations ont été corroborées par un examen histologique. Masséi en tirait les conclusions suivantes : « Il existe un rapport entre les sarcomes multiples hémorragiques de la peau et les sarcomes du larynx ; ce rapport est prouvé par la clinique et le microscope. Ce rapport doit être plus fréquent qu'on ne le pense ; aussi doit-on faire systématiquement l'examen de la peau dans tous les cas de tumeurs du larynx et pratiquer de même systématiquement l'examen

laryngoscopique dans tous les cas de sarcomatose cutanée (les troubles laryngés peuvent en effet être très peu accentués). »

Des observations publiées par cet auteur, on constate, que les complications endolaryngées de la sarcomatose cutanée peuvent affecter deux types distincts : une forme infiltrée et une forme de véritables tumeurs plus ou moins volumineuses. Ces complications apparaissent d'ordinaire à une époque assez avancée de la sarcomatose.

Hjort enfin, dans le même ordre d'idées, avait relevé la coexistence de sarcomes du larynx et de tumeurs de même nature à la paume de la main; sans indiquer la priorité de l'une ou de l'autre de ces localisations.

Le rapprochement se fait naturellement entre ces cas et ceux que signalait Masséi. Aussi est-il permis de supposer qu'il s'agissait là de sarcomes secondaires. Toutefois, nous ne voulons rien affirmer de façon catégorique. Masséi déjà indiquait que le réciproque pouvait être aussi plausible, lorsqu'il proposait de pratiquer systématiquement l'examen de la peau en cas de tumeurs laryngées sarcomateuses. Beaucoup d'autres, d'ailleurs, n'admettent pas la localisation secondaire au larynx et voient dans la sarcomatose cutanée multiple plutôt une systématisation cutanée d'une généralisation sarcomateuse.

Pour terminer, nous signalerons la voie particulière et préférée qu'empruntent les sarcomes pour se généraliser. C'est la voie sanguine. Nous savons, en effet, que les veines sont envahies d'une façon précoce au niveau de la tumeur primitive. La grande vascularisation

de cet ordre de tumeurs explique aussi cette prédisposition manifeste. Cependant, la transmission par voie lymphatique reste possible et n'est pas douteuse dans certains cas : on rencontre rarement, c'est vrai, la généralisation ganglionnaire chez les malades porteurs d'un sarcome, mais on en cite cependant quelques exemples et, à ce sujet, nous les signalerons dans l'étude des symptômes particuliers à cette catégorie de tumeurs malignes.

Enfin, si nous avons noté l'absence de dissémination au larynx par les fongosités issues de la tumeur ulcérée, fongosités se greffant après un trajet variable à travers les voies digestives, cela tient uniquement (contrairement aux cancers épithéliaux qui nous en fournissaient, eux, de nombreux et probants exemples) à ce que la grande majorité des sarcomes ont leur siège de développement au niveau des membres et portions périphériques de l'organisme.

III. — Tumeurs mélaniques secondaires.

Les tumeurs mélaniques de l'organisme offrent une rareté encore plus grande que les sarcomes et les épithéliomes : leur siège presque exclusif à l'œil ou à la peau, leur diagnostic et leur extirpation précoces, expliquent la rareté des métastases au larynx. Et cependant elles ont une tendance assez manifeste à se généraliser.

Nous n'avons pu retrouver qu'un seul cas de sarcome mélanique secondaire laryngé. Ce cas est rapporté par Hugo Bergeat qui, sur deux cas de sarcomes métastatiques, a noté une fois la nature mélanique de la tumeur.

Elle ne présentait rien de particulier, ni dans son évolution, ni au point de vue anatomo-pathologique.

Nous nous résumerons à la fin de cette étude en rappelant le nombre infime d'observations probantes ayant trait aux cancers secondaires du larynx.

Parmi la classe des épithéliomes, nous n'avons en somme pu recueillir que trois cas susceptibles de n'être point sujets à caution : ceux de MM. Lannois, Garel, celui de Landgraaf viennent en première ligne ; les cas de M. Moure, de Grayson, de Newmann, de Strubell, en l'absence d'examen histologique, sont déjà susceptibles d'être mis en doute. Quant aux autres, ils n'offrent que des chances de probabilité.

Pour les sarcomes, citons en première ligne les trois cas de Masséi et celui de Caboche et Paiseau, en tout quatre cas.

Enfin, les cancers métastatiques mélaniques se réduisent à une unique observation de Bergeat, au sujet de laquelle il faut émettre quelques réserves.

SYMPTOMATOLOGIE — ÉVOLUTION

Nous ne prétendons pas refaire, ici, la symptomatologie détaillée des cancers du larynx en général. Beaucoup de symptômes liés aux formes secondaires, sont identiques à ceux des formes primitives, les symptômes fonctionnels tout particulièrement.

Notre but, en écrivant ce chapitre, qui sera forcément abrégé, a été d'indiquer sommairement les caractères particuliers, que nous avons pu relever dans chacune des observations mises à notre disposition et de les grouper, ici, sous forme d'étude symptomatologique, sans que cette étude n'ait rien d'absolu.

Nous rappellerons d'abord, succinctement, les symptômes les plus importants, dont certains sont communs aux deux variétés de cancers, primitifs et secondaires.

I. — Symptômes fonctionnels.

Les troubles phonatoires, les troubles respiratoires, sont excessivement variables : le siège et le volume de la tumeur, les influencent d'une façon toute particulière. Quant aux troubles de la déglutition, ils sont en rapports avec une localisation sur l'épiglotte ou les aryténoïdes, ou les replis aryténo-épiglottiques. Ce dernier

symptôme, en raison de la fréquence de la localisation secondaire sur la zone sus-glottique, dans le cancer par propagation (sauf le cancer thyroïdien), ou le cancer greffé secondairement, présente une intensité et une fréquence assez grandes. C'est, d'ailleurs, un des bons signes des cancers extrinsèques du larynx, et de tous, c'est un de ceux qui apparaissent généralement en premier lieu : or, nous avons admis qu'une bonne majorité de ces formes extrinsèques n'était qu'une vulgaire propagation, partant une forme secondaire.

La douleur à la déglutition est excessivement variable dans ses caractères : tantôt elle affecte la forme névralgique, tantôt est lancinante, tantôt s'accompagne en même temps d'irradiations intenses du côté de l'oreille, etc...

Ces divers troubles, qui sont très marqués dans les formes primitives, ont été retrouvés, tous à peu près identiques, dans les formes secondaires.

Les épithéliomes, en particulier, revêtaient ces caractères avec la même intensité et les mêmes variations. Quant aux sarcomes, généralement développés, nous l'avons vu dans les diverses observations, dans la région sous-glottique, ils sont caractérisés par une absence complète de troubles de la déglutition, mais par contre, affectent pour ce qui touche la phonation et surtout la respiration une prédilection manifeste. Il n'est point rare, en effet, de voir la trachéotomie s'imposer rapidement et la mort arriver par asphyxie en peu de temps, bien qu'on puisse aussi expliquer cette mort rapide, par un autre phénomène d'ordre toxique. Rappelons enfin le cas de Caboche et Pisseau où l'on avait noté l'absence

de douleur, et l'opinion de Masséi, qui avait remarqué l'absence de phénomènes généraux et le peu de troubles fonctionnels douloureux que donnaient ces tumeurs sarcomateuses.

II. — Symptômes objectifs.

L'examen laryngoscopique révélera, qu'il s'agisse de néoformations primitives ou secondaires, en un point quelconque du larynx, la présence d'une tumeur de volume variable.

L'épithélioma souvent secondaire par propagation, se montrera sous l'aspect d'une tumeur grisâtre, ulcérée à une certaine période de son évolution, siégeant généralement sur les aryténoïdes ou l'épiglotte ou les replis aryténo-épiglottiques. On reconnaîtra assez facilement dans le voisinage, sur la base de la langue en particulier ou la paroi pharyngienne, la présence d'une tumeur semblable, de volume souvent plus considérable, à un stade d'ulcération plus avancé. L'engorgement ganglionnaire sera toujours très prononcé dans ces formes secondaires, l'envahissement lymphatique de tout le réseau tributaire ayant eu le temps de se faire complètement.

Le siège de ces tumeurs épithéliales est, de façon générale, la zone sus-glottique. À quelques exceptions près qui peuvent tenir à des métastases vraies, les cordes vocales et la zone sous-glottique sont indemnes. Signalons à ce propos le cas de Moure, où le début de la métastase s'était fait sur la bande ventriculaire.

Avec la catégorie des sarcomes, nous allons voir que

le contraire est la règle. La différence ne porte d'ailleurs point seulement sur le siège respectif de ces deux ordres de tumeurs : signalons les ulcérations qui, dans le sarcome, n'apparaissent que très tardivement et souvent même font défaut, l'évolution de la tumeur entraînant rapidement la mort. Enfin, tandis que les épithéliomes présentaient un engorgement ganglionnaire très prononcé, les sarcomes en font défaut. Citons cependant les observations rapportées par Sendziack, où l'on notait trois fois la présence de ganglions dans des sarcomes primitifs. Spencer, dans un cas, signalait la présence de ganglions cervicaux. Ces cas sont toutefois l'exception.

Mais la grande différence entre épithéliomas secondaires et sarcomes secondaires relève, comme nous le disions, du siège différent de ces deux formes. Tandis que les premiers affectaient une prédisposition marquée pour la zone sus-glottique, les seconds, au contraire, la présentent pour la zone sous-glottique. Bergeat déjà signalait cette localisation fréquente à ce niveau et sur 85 cas de cancers, notait 9 fois la présence de sarcomes sous-glottiques. Molinié, 2 fois sur 39 cas. Schwartz disait aussi : « Presque toujours les sarcomes se développent dans la cavité même du larynx ; ce sont presque toujours des tumeurs cavitaires. » Butlin enfin signalait 17 sarcomes intrinsèques sur 3 extrinsèques sur 20 cas.

Il est curieux de constater, que dans leur localisation secondaire au niveau du larynx, ces tumeurs souvent développées très loin du lieu de leur métastase affectent encore la même prédisposition pour la zone sous-

glottique. Nous avons vu, dans l'observation de Caboche et Paiseau, la tumeur bilatérale siéger au-dessous des cordes vocales ; Masséi notait aussi dans sa communication, la préférence marquée des formes secondaires à la partie postérieure du larynx, au niveau des cordes vocales ou au-dessous. Il les opposait cependant aux sarcomes primitifs qui, d'après lui, se développeraient le plus souvent dans le tiers antérieur des cordes vocales.

Évolution

L'évolution de ces tumeurs secondaires est assez intéressante, ne serait-ce que par les opinions contradictoires qu'elles nous permettaient d'enregistrer. Masséi était frappé du peu d'accidents laryngés sérieux, que donnaient ces formes métastatiques sarcomateuses. L'évolution de ces tumeurs malignes était lente, généralement bénigne et parfois même régressive. Aussi regardait-il ces formes de sarcomes laryngiens, qui compliquent la sarcomatose cutanée comme une forme atténuée qui serait au sarcome typique ce que le lupus est à la tuberculose. Il avait même noté à ce propos, l'absence de résultats donnés par l'inoculation de ces tumeurs laryngées à des lapins. Il tirait enfin de ces constatations tout à fait imprévues, des indications thérapeutiques particulières que nous signalerons plus loin.

Et cependant, il nous faut rapprocher de cette opinion celle que Caboche et Paiseau indiquaient dans leur observation. Ils avaient été frappés de la marche

rapide de l'affection : leur malade, on s'en rappelle, était mort très rapidement, alors que la tumeur laryngée ne présentait encore qu'un volume relativement réduit, et que la tumeur primitive rétrosternale, n'avait jusque là, donné aucun signe de compression, d'intolérance. La mort était pourtant survenue dans une dyspnée intense, asphyxique.

Peut-être y a-t-il lieu de se faire une opinion un peu moins catégorique que celle que nous venons d'indiquer. Il se peut bien, que dans certains cas, la tumeur secondaire n'évolue pas rapidement, régresse peut-être même, mais il se peut bien aussi (et c'est ce qui s'était passé dans le cas de Caboche et Paiseau) que, précisément comme dans les formes épithéliomateuses, l'évolution de la tumeur sarcomateuse soit modifiée par les métastases, et puisse provoquer rapidement des accidents mortels. Le pronostic de ces diverses tumeurs, étudié plus loin, nous indiquera exactement les différences dans l'évolution, que nous venons de constater au sujet des sarcomes secondaires.

En tous cas, ce qui n'est qu'une probabilité pour le sarcome, reste une vérité pour l'épithélioma. Et toutes les observations que nous avons rapportées nous ont montré que la métastase épithéliomateuse avait été, pour les cellules néoplasiques, en voie de prolifération secondaire, une sorte de coup de fouet accélérateur, un réveil soudain et meurtrier : leur vitalité s'en était accrue et la mort était rapidement survenue dans l'asphyxie, laquelle était peut-être, tout autant sous la dépendance de l'intoxication cancéreuse, que de l'obturation mécanique du larynx.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Nous envisagerons successivement à ce point de vue, les épithéliomas et les sarcomes, laissant de côté les tumeurs mélaniques, dont la rareté extrême (un cas seulement) ne nous a pas permis de pouvoir tirer les éléments d'une étude étendue.

En présence d'un malade porteur d'un épithélioma du larynx, comment pouvons-nous arriver à porter le diagnostic de cancer secondaire? Plusieurs notions, dont deux principales, nous sont indispensables : la connaissance, d'une part, d'une tumeur de nature épithéliomateuse développée en un point de l'organisme, et, d'autre part, l'examen histologique nous permettant de reconnaître au niveau de la tumeur présumée secondaire, les mêmes caractères microscopiques que ceux qui appartiennent à la tumeur primitive. En l'absence de l'une d'elles, il est évident que le diagnostic porté, n'offrira pas toutes les chances de garantie.

Pour ce qui concerne le premier point, les difficultés ne seront pas très grandes en général. Toutes tumeurs des lèvres, de la langue, de l'œsophage, de l'estomac ou d'un point superficiel de l'organisme (épithélioma cutané) se révéleront à nous par des symptômes bruyants et caractéristiques. Et si, au cours de l'évolution, des

troubles dyspnéiques ou phonatoires apparaissaient tout à coup, nous serions en droit de supposer, ou que la propagation s'est faite au larynx, ou qu'une généralisation métastatique à ce même organe s'est produite. Mais nous n'aurons la certitude que par l'examen histologique d'un fragment de la tumeur néoformée prélevé à l'aide d'une pince et nous faisant connaître l'identité de ses formes avec la tumeur primitive dont on la suppose émanée.

Le siège du cancer primitif à l'œsophage, à l'estomac ou aux lèvres, et celui de la localisation secondaire au niveau des replis de la zone sus-glottique nous autorisera à penser que la transmission s'est faite par greffes ou par propagation. Dans ce dernier cas, l'examen laryngoscopique pourra presque nous dispenser de toute étude microscopique, la continuité étant manifeste et facile à constater de visu.

Dans d'autres circonstances, la tumeur primitive ayant été extraite précédemment au cours d'une intervention, le diagnostic sera plus difficile, et ce n'est que par l'interrogatoire, et même par la recherche de signes contemporains à l'époque où se développait la tumeur primitive, et la connaissance de sa structure, que l'on arrivera à être affirmatif au sujet de la nature secondaire de la tumeur laryngée. Tel est le cas de Moure, où longtemps plusieurs années auparavant avait été excisée la tumeur primitive rectale.

Enfin, il faut signaler les cas où la tumeur primitive, évoluant sans symptômes bruyants, passera inaperçue, et où la tumeur laryngienne ne sera pas rapportée à sa nature exacte. A ce point de vue, beaucoup de can-

cers, ceux du rectum en particulier, restent longtemps sans se manifester et leur premier symptôme sera souvent la métastase qui, au niveau du larynx, n'évolue pas sans provoquer des troubles graves et toujours mortels.

Il importera donc, en présence d'un cancer du larynx dont la nature n'est pas identifiée, étant données la gravité des symptômes généraux, la cachexie où se trouve plongé le malade, de procéder à un examen approfondi de l'organisme. Qui sait, même, si une pareille attitude n'eût pas contribué à nous fournir un plus grand nombre de cas de cancers secondaires ?

Nous allons voir, d'ailleurs, en étudiant maintenant la forme sarcomateuse, que le diagnostic n'a le plus souvent été possible qu'après autopsie, la tumeur primitive ne s'étant révélée en somme que par la métastase.

Le diagnostic du sarcome secondaire est donc déjà difficile de ce fait que la tumeur primitive est restée méconnue. Un autre point encore vient contribuer pour une grosse partie à la difficulté de ce diagnostic. Nous voulons parler du caractère particulier que revêt le sarcome du larynx dans sa forme secondaire. L'examen laryngoscopique, dans l'observation de Caboche et Paiseau, était difficile : la tumeur revêtait en effet la forme infiltrée, toute la zone sous-glottique était envahie et la symétrie de la lésion, son aspect annulaire, l'absence d'adénopathie pouvaient fort bien permettre de songer à un œdème par exemple, d'autant mieux que la notion d'une tumeur rétrosternale faisait défaut. Ceci d'ailleurs est un point commun avec le

sarcome primitif qui revêt le plus souvent la forme d'infiltration, quelques fois cependant la forme de tumeurs. Et, d'autre part, ce diagnostic positif, déjà difficile sur le vivant, l'est encore tout autant, si ce n'est plus, sur le cadavre. La grande vascularisation des tumeurs sarcomateuses primitives ou secondaires, leur réplétion par le sang, leur turgescence pendant la vie, font qu'après la mort, et l'arrêt de la circulation, elles s'affaissent brusquement et ne laissent pour ainsi dire presque aucune trace de leur existence. Une observation, publiée par Birkett dans le *New-York Medical Journal* en 1894, est caractéristique et nous a permis de constater un cas manifeste de la difficulté qu'on éprouve à retrouver la tumeur, sous la moindre influence perturbatrice dans le système vasculaire.

N'étaient donc les symptômes dyspnéiques bruyants, entraînant rapidement la cyanose et l'asphyxie pendant la vie, on serait tenté de douter de la présence d'une tumeur sarcomateuse.

Il nous a semblé intéressant de mentionner ici une difficulté qui surgira lorsqu'on voudra faire le diagnostic ferme de sarcome métastatique chez un individu atteint de sarcomatose cutanée. Il existe en effet une affection particulière, la sporotrichose, dont la forme sous-cutanée, gommeuse, bien décrite par De Beurmann et Ramond, revêt de nombreuses ressemblances avec la sarcomatose cutanée multiple. Toutes deux, comportent la présence de petites tumeurs, de nodosités arrondies, toujours multiples, se localisant de préférence aux extrémités du corps, sur les mains, les pieds. La sporotrichose il est vrai, est indolente, ses gomm

renferment à leur centre un contenu purulent : mais bien souvent l'analogie avec la sarcomatose cutanée est frappante au début de l'affection et la confusion possible. Et si l'on songe que cette affection, dans sa forme septicémique, est caractérisée essentiellement par l'apparition simultanée, en de multiples points du corps, de lésions souvent très nombreuses, on ne peut moins faire que la rapprocher des cas que signalait Masséi. Il existe, en effet, des complications secondaires de la sporotrichose au niveau du larynx et des organes contigus. De Beurmann et Gougerot ont vu ces localisations sur l'amygdale ; Brodier et Gastou signalaient un de leurs malades qui présentait, outre de multiples localisations cutanées, des altérations pharyngo-laryngées. L'autopsie démontra dans ce cas, des lésions très étendues, consistant en une infiltration rosée, légèrement végétante de la muqueuse.

Ces lésions ressemblent fort, on le voit, aux formes sarcomateuses infiltrées qui se développaient secondairement sur le larynx, d'après les observations de Masséi et de Hjort. Qui sait même s'il ne s'agissait pas de sporotrichose, affection encore mal connue à cette époque ? Quoi qu'il en soit, le diagnostic restera à faire entre ces deux sortes bien distinctes d'affections ; car si l'une, la sporotrichose laryngée, comporte un pronostic qui ne doit pas être considéré comme véritablement grave, l'autre au contraire, la sarcomatose de ce même organe, est une affection dont l'issue, à peu d'exceptions près, est fatale à plus ou moins brève échéance.

Pour résumer tout ce chapitre ayant trait au diagnostic des cancers secondaires du larynx nous dirons : soit

qu'il s'agisse d'épithéliomas, soit qu'on ait affaire à des sarcomes, le diagnostic positif sera toujours très délicat. Une étude histologique sérieuse, faite soit sur un fragment de la tumeur prélevé à l'aide d'une pince pendant la vie, soit sur la tumeur elle-même à l'autopsie, nous permettra seule, bien souvent, de rapporter à sa véritable cause la néoplasie constatée sur le larynx.

Pronostic

Ce que nous avons dit au sujet de l'évolution des cancers secondaires du larynx, va nous permettre de tirer rapidement les éléments essentiels du pronostic.

Quelle que soit la variété histologique de la tumeur, on peut dire que toute forme secondaire d'un cancer au niveau du larynx est grave, et a peu d'exceptions mortelles à plus ou moins brève échéance. Les diverses observations que nous avons citées plus haut, celle de M. Lannois, celle de Garel, de Landgraaff, de Caboche et Paiseau, de Moure, nous permettent de l'affirmer d'une façon presque catégorique.

Il y aurait lieu cependant, de tenir compte de la nature sarcomateuse du cancer et de laisser pour ces tumeurs quelques chances de survie, sinon de guérison. Masséi envisageait, nous l'avons vu, cette catégorie de tumeurs sous un jour assez favorable ; leur bénignité relative, leur lenteur extrême d'évolution étaient pour lui des raisons suffisantes qui lui permettaient de ne pas porter toujours un pronostic fatal.

Mais nous pouvons bien penser, qu'il ne s'agissait dans ces cas que de sarcomes typiques, à évolution

bénigne, contrastant avec les formes atypiques, tumeurs généralement molles, à croissance rapide et qui sont aussi redoutables que les cancers épithéliaux les plus malins.

Nous terminerons donc en disant que, à peu d'exceptions près, toutes les métastases cancéreuses au niveau du larynx comportent un pronostic fatal à brève échéance. Exception serait faite, cependant, dans les cas où la tumeur est sarcomateuse et se présente sous la forme typique, moins maligne. Dans ce cas, le pronostic serait réservé au point de vue d'une issue mortelle rapide : la survie serait probable et dans certains cas la guérison possible.

TRAITEMENT

Toute généralisation d'un cancer comporte une gravité exceptionnelle. Nous avons vu, que pour ce qui concerne le sarcome dans sa forme typique, sa généralisation au larynx laissait la possibilité d'une intervention en raison de la lenteur d'évolution.

Dans ce cas seulement on peut parler de traitement chirurgical. Mais pour tout ce qui concerne les épithéliomas secondaires du larynx et les sarcomes atypiques on peut tout au plus, parler de traitement prophylactique.

L'étude de la pathogénie, nous a montré que certains épithéliomas des lèvres s'étaient compliqués d'une localisation secondaire au larynx, et nous avons dit que la tumeur avait été provoquée par une greffe, une inoculation à l'aide d'une fongosité. Un traitement prophylactique peut empêcher cet envahissement secondaire : il consiste, nous l'avons dit, en une extirpation précoce, dès le diagnostic posé de l'épithéliome labial avant toute période d'ulcération, et si celle-ci s'est déclarée, en soins hygiéniques de la bouche et de la plaie ulcéreuse. De fréquents lavages, nettoyages de la plaie, en la détergeant et en faisant disparaître les desquamations, empêcheront l'arrivée de cellules néo-

plasiques aux replis ary et pharyngo-épiglottiques. Tous les soins de la gorge seront ici à mettre en pratique ; car nous avons vu combien le rôle des ulcérations, des érosions, de l'hyperhémie laryngées, était considérable dans la genèse de la localisation secondaire, en prédisposant la muqueuse à recevoir les bourgeons cancéreux et à leur fournir un terrain de culture favorable. Les cancers des voies digestives supérieures sont susceptibles des mêmes soins. Nous ne faisons que mentionner ici ces diverses précautions hygiéniques qui ne présentent rien de spécial en ce qui concerne les tumeurs secondaires, et qui sont toutes mentionnées dans les traités des maladies de la gorge et du larynx.

Pour ce qui est du traitement chirurgical des sarcomes secondaires à évolution relativement bénigne et lente, nous indiquerons avec Masséi, l'extirpation chirurgicale aussi complète et aussi précoce que possible par les voies naturelles.

Pour toutes les autres catégories de tumeurs métastatiques laryngées, qu'il s'agisse de sarcomes atypiques, mous, très vasculaires, ou de cancers épithéliaux, le traitement se bornera à être symptomatique et médical.

On luttera contre les phénomènes dyspnéiques toujours très accentués par un trachéotomie faite aussi basse que possible, afin de soustraire la plaie aux possibilités d'envahissement néoplasique. Encore avons-nous vu que cette intervention, dans le cas de Garel, n'avait pas eu de résultat favorable. L'intoxication joue en effet un trop grand rôle dans la genèse des acci-

dents, pour qu'il soit possible d'y remédier par une intervention chirurgicale plus complète, et visant l'extirpation de la tumeur.

Les douleurs, toujours très vives et caractéristiques dans les cancers secondaires épithéliaux, seront traitées par la morphine en injections sous-cutanées, et tous les analgésiques en général. Concurrément avec la trachéotomie, on pourra insuffler ou pulvériser au niveau de la tumeur diverses préparations à base de cocaïne. Mais en général, et presque toutes les observations que nous avons citées nous ont montré qu'il en était ainsi, l'évolution sera rapide et l'issue fatale se produira à très courte échéance.

.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs cancéreuses secondaires du larynx sont rares.

II. — On ne pourrait en étendre le cadre qu'en y ajoutant les cancers extrinsèques du larynx, ces derniers étant souvent des cancers secondaires par propagation.

III. — Les vrais cancers secondaires seraient constitués en somme par :

1° Les cancers primitifs du tube digestif, greffés secondairement au larynx par une fongosité rejetée par les vomissements ou les régurgitations.

2° Les cancers métastatiques vrais, généralisés par voie sanguine ou lymphatique.

IV. — Au point de vue anatomo-pathologique on peut diviser les cancers secondaires en :

1° Epithéliomas } cas les plus fréquents.

2° Sarcomes

3° Tumeurs mélaniques (1 cas seulement).

V. — La plupart de leurs symptômes sont identiques à ceux des cancers primitifs. Ils varient avec le siège de la tumeur.

VI. — Le diagnostic positif de cancer secondaire ne sera possible qu'après un examen histologique, montrant l'identité des formes entre les tumeurs primitive et secondaire.

VII. — Leur évolution est excessivement rapide, et la mort survient en peu de temps, exception faite pour certains sarcomes secondaires compliquant la sarcomatose cutanée.

VIII. — Le pronostic est en général toujours fatal à plus ou moins brève échéance, sauf en ce qui concerne les variétés précédentes.

IX. — Le traitement, dans tous les cas de cancers épithéliaux, sera purement symptomatique. En présence de sarcomes secondaires, ayant succédé à une sarcomatose cutanée, on pourra, dans certains cas, tenter l'extirpation aussi complète que possible par les voies naturelles (Massei).

VU :

Le Président de la Thèse,
LANNOIS.

VU :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VUET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 mars 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- HUGO BERGEAT. — *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1893.
- BARATOUX. — Du cancer du larynx. Paris, 1888.
- BIRKETT. — Sarcome subcordal. (*New York Med. Journ.*, 17 novembre 1894.)
- CHAPUIS ET GAREL. — *Lyon médical*, 1896, tome I, page 301.
- CADIER. — *Annales des maladies du larynx*. Paris, 1887, page 253 (observ. rapportée de la thèse de SCHWARTZ.)
- CABOCHÉ ET PAISSEAU. — Sarcome secondaire métastatique de la zone sous-glottique. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, tome II, 1903.)
- GRAYSON. — *Med. News*. Philadelphie, 1894.
- HJORT. — Tumeur de l'aryténoïde et de la base de la langue. Société médic. de Christiania. (*Semaine médicale*, 1886. — *Archives internat. de laryngologie*, 1889.)
- ISAMBERT. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875 et 1876.
- LANNOIS ET MONCHARMONT. — Sur un cas de cancer secondaire du larynx. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1912.)
- LANDGRAFF. — *Charité Annalen*. Berlin, 1886, 1888, t. III, pages 252 et 260.
- MASSÉL. — Complications laryngiennes de la sarcomatose cutanée. (*Revue hebdomadaire de laryngologie et de rhinologie*, 1901, t. XXII.)

MÉNÉTRIER. — Le cancer. Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot, p. 208, t. XIII.

MOLINIÉ. — Les tumeurs malignes du larynx, Paris, 1907.

MONIER-VINARD. — Sporotrichose. Maladies de la peau. Traité de Gilbert et Thoinot, t. XIV, p. 428.

NEWMANN. — *Glasgow Med. Journal*, 1888.

SANDS. — Cancer du larynx à la suite d'un cancer des surrénales, du rein et de l'uretère. (*New York Med. Journ.*, 1865.)

SCHWARTZ. — Thèse d'agrégation : Des tumeurs malignes du larynx. Paris, 1886.

SEMON ET SHATTOCK. — *Brit. Med. Journal*, 1888.

SENDZIACK. — Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre Radicalbehandlung, 1897. Bergmann, Wiesbaden.

STIÉNON. — Cancer simultané du larynx et de l'œsophage. (*Presse médicale*, 29 janvier 1910.)

STRUBELL. — Le cancer du larynx. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 11, 1904.)

TESTUT ET JACOB. — *Traité d'anatomie topographique*, t. I.

VIANNAY ET PINATELLE. — De l'envahissement de la trachée et de l'œsophage par le goitre cancéreux. (*Revue de chirurgie*, 1904, t. I, p. 429.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
PATHOGÉNIE.	12
I. Cancers secondaires par propagation	13
II. Cancers secondaires par greffes.	20
III. Cancers secondaires métastiques vrais.	30
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	36
I. Cancers secondaires épithéliaux.	36
II. Cancers secondaires sarcomateux	39
III. Cancers secondaires mélaniques.	44
SYMPTOMES ET ÉVOLUTION.	46
DIAGNOSTIC.	52
PRONOSTIC	57
TRAITEMENT.	59
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE.	65
